

Sentencia T-501/16

ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES-Procedencia excepcional

ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES-Requisitos de procedencia

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Procedencia excepcional cuando prestan un servicio público o actividad de interés público

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Procedencia excepcional cuando el margen de desigualdad existente entre las partes es tal que establece una situación de indefensión

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Subreglas para determinar en qué eventos el juez de tutela adquiere competencia para pronunciarse sobre relaciones contractuales en circunstancias que pueden afectar los derechos fundamentales del asegurado

La jurisprudencia reiterada de la Corte ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, cuando, por ejemplo, (i) se verifica una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no tienen ningún tipo de ingreso; o (ii) también en aquellos casos en que por el incumplimiento de las obligaciones contractuales que le asisten a la aseguradora, a pesar de la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado, se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

ACCION DE TUTELA CONTRA ASEGURADORA-Improcedencia por incumplir requisito de subsidiaridad

No se cumplen las condiciones para que por vía de tutela se ordene el pago del seguro, por

lo que el amparo resulta improcedente ante la existencia de otros medios de defensa judicial.

Referencia: Expediente T-5.542.290

Asunto: Acción de tutela instaurada por la señora Nathalia Lopera Pérez en contra de Seguros de Vida Suramericana S.A.

Magistrado Ponente:

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Bogotá D.C., dieciséis (16) de septiembre de dos mil dieciséis (2016)

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Alejandro Linares Cantillo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y 33 y subsiguientes del Decreto 2591 de 1991, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión de los fallos de tutela proferidos por el Juzgado Primero Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Tuluá y por el Juzgado Tercero Penal del Circuito de la misma ciudad, correspondientes al trámite de la acción de amparo constitucional impetrada, a través de apoderado judicial, por la señora Nathalia Lopera Pérez en contra de Seguros de Vida Suramericana S.A.

I. ANTECEDENTES

1.1. Hechos relevantes

1.1.1. La accionante tiene 24 años de edad[1] y fue la compañera permanente del señor Juan Gabriel López Romero hasta el día de su muerte[2].

1.1.2. Tal como consta en el expediente, en la unión marital no se procrearon hijos propios. No obstante, la señora Lopera Pérez es madre de un menor de cuatro años de edad, de

quien, según se manifestó en la demanda, su compañero permanente se ocupaba económicamente; así como lo hizo, en vida, respecto de ella y de sus padres que son personas de la tercera edad y que también viven en su misma residencia[3]. En relación con estos últimos, se destaca que el padre de la actora es una persona en situación de discapacidad, ya que, además de ser diagnosticado con una enfermedad tromboembólica venosa, padece un trauma en la columna que le genera fuertes dolores lumbares y dificultades para movilizarse[4].

1.1.3. El señor Juan Gabriel López Romero falleció el 13 de febrero de 2015[5] como consecuencia de una herida en el tórax producida con arma de fuego que le ocasionó anemia aguda y lesión vascular[6].

1.1.4. Antes de su muerte, el 8 de octubre de 2014, el señor López Romero había contratado un seguro de vida individual con la compañía Seguros Suramericana S.A., por un valor de 200 millones de pesos, cuya beneficiaria principal, con un porcentaje del 100%, era la señora Nathalia Lopera Pérez (la accionante) y, de forma contingente, en igual porcentaje, la señora Anabeiba Pérez de Álzate (esto es, la madre de la accionante)[7].

1.1.5. Luego de la muerte del señor López Romero, la tutelante solicitó a Seguros Suramericana el pago del seguro. Al respecto, en comunicación del 28 de abril de 2015, se objetó la reclamación con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio[8], al estimar que en el caso existió reticencia por parte del asegurado.

Puntualmente, se alegó que en la historia clínica del señor López Romero, la cual se encuentra en el “Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá”, aparece un antecedente de que desde hace veinte años es consumidor de marihuana, circunstancia que no se informó en su momento al diligenciar la declaración de asegurabilidad, sino que, por el contrario, cuando se le interrogó en relación con el consumo de drogas estimulantes, su respuesta fue negativa[9].

1.1.6. Con posterioridad, el 3 de noviembre de 2015, Suramericana contestó un requerimiento en contra de la anterior decisión. En esta oportunidad, la compañía explicó que la actuación del asegurado de omitir información relevante generó una nulidad relativa del contrato de seguro, “al haberse perfeccionado bajo una base contraria a la buena fe contractual y a lo establecido en el Código de Comercio”[10], situación frente a la cual

carece de relevancia si las circunstancias que condujeron a la muerte guardan o no conexión con la ocurrencia del siniestro.

Para sustentar esta posición, se citó la Sentencia C-232 de 1997[11], en donde la Corte examinó la constitucionalidad del artículo 1058 del Código de Comercio, manifestando que:

“La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.”[12]

1.2. Solicitud de amparo constitucional

Con fundamento en los hechos expuestos, la accionante solicitó la protección de sus derechos fundamentales a la vida digna, al mínimo vital, a la salud y a la protección de la familia, los cuales consideró vulnerados ante la negativa de la entidad accionada de pagar el seguro de vida adquirido por su difunto compañero permanente.

En la demanda de tutela, se alegó que la accionante se encuentra en una situación de indefensión, pues tanto ella como el resto de su núcleo familiar dependían del señor López Romero. Además, se expuso que ella se dedicaba a labores del hogar, teniendo para la época de la presentación de la solicitud de amparo un trabajo temporal, consistente en cubrir una licencia de maternidad, por lo que técnica-mente se trata de una persona “desempleada”[13]. Por lo demás, se puso de presente que el señor López Romero era comerciante independiente[14] y que había adquirido el seguro de vida para evitar dejar a su familia desamparada económicamente si llegaba a faltar, pues no cotizaba ni a salud ni a pensiones. Para la accionante, no hay lugar a esperar la definición de un proceso civil que puede demorarse uno o dos años, pues el núcleo familiar depende de un ingreso mínimo para vivir.

Por último, se manifestó que el señor López Romero no era consumidor de drogas alucinógenas y que, incluso de haberlo sido, no murió a raíz de una sobredosis ni de un paro derivado por su uso. Esta circunstancia, a juicio de la accionante, indica “la incoherencia y la dilación dolosa por parte de la aseguradora”, con miras formalizar el pago de una

obligación de la cual depende el ingreso y la ayuda económica de una familia. Por lo demás, en relación con lo expuesto, se señaló que al momento de adquirir la póliza nunca le realizaron exámenes a su compañero permanente y que, a la fecha de celebración del contrato, no tenía ningún problema crónico que haya sido dictaminado.

Con fundamento en lo anterior, pidió que se ordene a Suramericana SA reconocer y pagar el seguro individual de vida que fue contratado, junto con la cancelación de los respectivos intereses moratorios.

1.3. Contestación de Seguros de Vida Suramericana S.A.[15]

En escrito del 4 de enero de 2016, el representante legal de la citada compañía afirmó que el señor Juan Gabriel López Romero incumplió con su obligación legal y contractual de obrar con buena fe en la celebración del contrato de seguro, en tanto que no proporcionó información veraz y real, en lo relativo a la declaración del estado de riesgo. Por esta razón, en el asunto bajo examen, el contrato de encuentra viciado y es nulo.

Por último, expuso que su negativa no tiene ningún impacto en el derecho al mínimo vital de la accionante, ya que “no es la aseguradora como extremo contractual la llamada a resolver su presunto escenario, situación por la cual existe una carencia de objeto constitucional, falta de legitimación en la causa por pasiva e improcedencia de la acción de tutela”[16].

II. SENTENCIAS OBJETO DE REVISIÓN

2.1. Primera instancia

En sentencia del 6 de enero de 2016, el Juzgado Primero Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Tuluá decidió declarar la improcedencia de la presente acción de tutela, al estimar que, en el caso concreto, existen otros medios de defensa judicial ante la jurisdicción ordinaria. Aunado lo anterior, señaló que no es posible abstraer que la accionante se encuentra ante la posible configuración de un perjuicio irremediable. Para tal efecto, advirtió que: “si bien se allegan soportes como la consulta de puntaje al SISBEN y que la misma se encuentra estratificada en el rango número uno, en ese mismo sentido se expone que la misma es potencial beneficiaria para acceder a las diferentes ayudas que

ofrece el Gobierno Nacional, para población como ella (...). Así, entonces, no está totalmente desprotegida, ni padece de algún tipo de invalidez que no le permita realizar una labor determinada, prueba de ello es (...) reconoce desde la génesis de la tutela que (...) se encuentra efectuando un remplazo de licencia de maternidad, trabajo que si bien puede ser temporal, demuestra que la actora está en uso de todas sus facultades para ejercer una labor de acuerdo a sus capacidades.”[17]

2.2. Impugnación

En oficio radicado el 13 de enero de 2015, la accionante alegó que, a diferencia de lo afirmado por el a-quo, el puntaje de SISBEN debe ser tenido en cuenta como un elemento suficiente para acreditar la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra tanto ella como su familia, en especial si se advierte que no ha sido ni es beneficiaria de ninguna de las ayudas del Estado. De manera adicional, sostuvo que se debe considerar que es madre cabeza de familia a cuyo cuidado se halla, desde la muerte de su compañero permanente, un menor de edad y dos adultos de la tercera edad con padecimientos graves de salud.

2.3. Segunda instancia

En sentencia del 16 de febrero de 2016, el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Tuluá decidió confirmar el fallo de primera instancia, siguiendo para el efecto los mismos argumentos expuestos por el a-quo.

III. PRUEBAS

En el expediente se encuentran las siguientes pruebas relevantes:

3.1. Copia de la cédula de ciudadanía de la señora Nathalia Lopera Pérez[18] y del señor Juan Gabriel López Romero[19]. Al igual que la copia del Registro Civil de Defunción de este último, en el cual consta que falleció el 13 de febrero de 2015 en el municipio de Tuluá, departamento del Valle del Cauca[20].

3.2. Copia del informe rendido el 20 de octubre de 2014 por Suramericana S.A. al señor Juan Gabriel López Romero, sobre el estado de su póliza de vida. Del mismo se advierte que el seguro se tomó el 8 de octubre de 2014, por un valor de 200 millones de pesos[21], a favor de la señora Nathalia Lopera Pérez como beneficiaria principal en un porcentaje del

100% y, como beneficiaria contingente, en igual porcentaje, se dejaba a la señora Anabeiba Pérez de Álzate, en calidad de suegra[22]. El monto de la anual de la prima se fijó en \$ 1.162.000 pesos, con una cuota mensual de \$ 105.742[23]. Por otra parte, se advierte que la póliza inicialmente contratada tenía un valor de \$ 150.000.000 millones de pesos[24], la cual fue modificada con la suma anteriormente señalada a los cuatro días de haberse iniciado su cobertura[25].

3.3. Copia de la constancia proferida por la Fiscalía General de la Nación el 8 de octubre de 2015, en la cual se señaló que el Fiscal 28 Seccional Delegado adelantó indagación ante los Jueces Penales del Circuito de Tuluá, en relación con el delito de homicidio del cual fue víctima el señor Juan Gabriel López Romero, suceso que ocurrió el 13 de febrero de 2015 en el corregimiento de Agua Clara. En lo que atañe a las circunstancias fácticas que rodearon el ilícito, se expuso que la Policía encontró el cadáver ante un llamado de la comunidad que alertó sobre la existencia de un cuerpo sin vida en un zanjón cerca de un cañaduzal. A lo anterior se añadió que se trató de una muerte violenta, causada por un proyectil de arma de fuego que le generó una herida en el tórax y, como consecuencia de ello, se produjo una anemia aguda y lesión vascular. Por último, se advirtió que el asunto se encontraba en investigación, toda vez que no existía claridad sobre la totalidad de las circunstancias fácticas que rodearon el siniestro[26].

3.4. Copia de los certificados del SISBEN de la señora Nathalia Lopera Pérez (con un puntaje de 28,97), de su padre y su madre (a quienes se les otorgó un puntaje de 38,91)[27]. En el documento correspondiente a la accionante, se precisó que, de acuerdo con su puntaje, es potencial beneficiaria de los siguientes programas sociales: “- Régimen subsidiado en salud // - Jóvenes rurales emprendedores // - Subsidio de vivienda rural // - Subsidio integral de tierras y programa de oportunidades rurales // - Exención en el pago para la expedición del duplicado de la cédula de ciudadanía // - BEPS (Beneficios Económicos Periódicos)”[28].

3.5. Copia de una declaración juramentada rendida el 2 de marzo de 2015 por el señor Alan Camilo Delgado Alvarado y por la señora Aura María Patiño Quintana ante la Notaría Primera de Tuluá. En este documento se manifiesta, entre otras cosas, que hace siete años conocían al señor Juan Gabriel López Romero, que éste vivía en unión libre con la señora Nathalia Lopera Pérez, cubriendo todos los gastos del hogar. De igual forma, se señala que la pareja no procreó hijos[29].

3.6. Copia del documento en el que consta una valoración médica realizada en noviembre del 2015 al señor Juan Manuel Lopera Caño, padre de la accionante, en el Centro Médico Cristo Rey en Tuluá. De dicha evaluación se puede establecer que el citado señor que padece de una enfermedad tromboembólica venosa y que tiene un trauma en la columna que le genera fuertes dolores lumbares[30].

3.7. Copias de las dos respuestas enviadas por Seguros de Vida Suramericana S.A. a la señora Nathalia Lopera Pérez, la primera el 28 de abril de 2015[31] y la segunda el 3 de noviembre del año en cita[32], en las que se niega el pago de la póliza reclamada alegando la existencia de una reticencia en el tomador, en los términos descritos en el acápite de antecedentes[33].

3.8. Copia de un recibo de gas en donde se relaciona que existen dos facturas sin cancelar, la suma a pagar corresponde al valor de \$ 66.809 pesos, sobre un saldo pendiente a capital de \$ 657.537 pesos[34]. El recibo aparece a nombre de una tercera persona, distinta de la accionante, con una dirección que no concuerda con aquella manifestada por el señor López Romero en la declaración de asegurabilidad[35].

IV. CONSIDERACIONES

4.1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar las decisiones proferidas en la acción de tutela de la referencia, con fundamento en lo previsto en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política. El expediente fue seleccionado por medio de Auto del 27 de mayo de 2016 proferido por la Sala de Selección Número Cinco.

4.2. Trámite en sede de revisión

4.2.1. En Auto del 12 de julio de 2016, se requirió a la señora Nathalia Lopera Pérez y a Seguros de Vida Suramericana S.A., con el fin de precisar algunos aspectos relacionados con las circunstancias fácticas que rodean el caso concreto.

4.2.2. En primer lugar, se ordenó a la señora Nathalia Lopera Pérez responder varios interrogantes respecto de sus condiciones de vida. Así, en escrito del 21 de julio del año en curso, al referirse a su situación personal, señaló que está a cargo de su hijo de cuatro

años de edad y de sus padres que son personas de la tercera edad, estos últimos padecen varias afectaciones en salud.

En relación con su situación económica, indicó que actualmente se encuentra recibiendo un salario mínimo para el sostenimiento de su hogar, como resultado de un contrato laboral suscrito de manera “verbal y a término indefinido”[36] con la empresa Cristalera El Repuesto del Mellizo. En este orden de ideas, manifestó que contar sólo con el ingreso de un salario mínimo ha representado dificultades en su calidad de vida y la de su núcleo familiar, ya que cuando el señor López Romero se encontraba con vida tenía una renta de aproximadamente \$ 2.500.000, con los cuales se podía cubrir los gastos del hogar que ascienden a \$2.000.000 pesos.

Destacó que hasta la fecha no se le ha otorgado ningún tipo de ayuda en materia de educación y vivienda por parte del Estado, circunstancia que se agrava si tiene en cuenta que no son propietarios de ningún bien inmueble, y que sólo cuentan con “tres camas, dos armarios de metal gastados, una grabadora, sus vestimentas, una estufa, ollas, platos, cubiertos y un televisor pequeño”[37].

Finalmente, especificó que si bien ella y su hijo se encuentran actualmente en el régimen contributivo por razón del trabajo que desempeña, sus padres reciben atención en salud por el régimen subsidiado, sin que hasta el momento se haya otorgado a su favor algún tipo de ayuda por parte del Estado.

4.2.3. En segundo lugar, se pidió a Seguros de Vida Suramericana que informara los requisitos, exámenes y documentos que se tuvieron en cuenta para la celebración del contrato de seguro con el señor Juan Gabriel López Romero. En respuesta del 21 de julio de 2016, se señaló que:

“(…) en la declaración de asegurabilidad, [el señor López Romero] manifestó NO padecer enfermedad, afección o practicar alguna actividad riesgosa. Al momento de indagársele sobre si consumía sustancias alucinógenas marcó NO. No obstante, cuando se le inquirió si maneja motocicleta y si su ocupación requiere labor manual que implique riesgo de lesión, amputación y/o aplastamiento marcó SI. Una vez obtenida esta información y conforme al principio de buena fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política, que caracteriza al contrato de seguro, se expidió la póliza de vida individual No. 3674545, es

decir, a juicio de la compañía, el estado de riesgo del señor López no ameritaba un estudio de riesgo complejo o la no expedición de la póliza por lo que se celebró y perfeccionó el contrato de seguro sin otro requisito.”[38]

De igual forma, aclaró que la póliza tomada por el señor López Romero se expidió con base en la declaración por él realizada, como lo permite para este tipo de seguros el Código de Comercio[39], incurriendo en dicho acto en una omisión a su deber contractual y legal de aportar sinceramente toda la información relevante para establecer su verdadero estado de riesgo, circunstancia que puso en una clara desventaja contractual a la aseguradora generado los efectos del artículo 1058 del citado Código.

Por lo demás, señaló que la declaración de asegurabilidad contaba con “preguntas claras, precisas y comprensibles”[40], por lo que la única conclusión posible cuando el asegurado respondió de forma negativa respecto del consumo de drogas estimulantes, es que “faltó a la verdad y a la buena fe, ocultando información relevante para determinar el estado del riesgo”[41], y no porque se presentaran ambigüedades en los interrogantes.

En cuanto a la procedencia de la acción de tutela, la aseguradora manifestó que no se cumple con el principio de subsidiariedad, toda vez que las pretensiones de la parte actora tienen un carácter enteramente económico, asociadas con una relación contractual contenida en una póliza de seguro, de ahí que la competencia para resolver esta controversia se encuentra en cabeza de la jurisdicción ordinaria y no del juez constitucional.

A lo anterior agregó que si bien excepcionalmente “la Corte (...) ha concedido la protección de derechos fundamentales, tales como, la vivienda digna y el mínimo vital en materia de seguros de vida deudores asociados a créditos hipotecarios y en algunos casos a créditos de consumo”, dicha circunstancia no se presenta en el caso bajo examen, pues el seguro de vida adquirido responde a un acto de mera liberalidad, el cual, por su carácter claramente contingente, por ninguna razón puede asociarse con la garantía del mínimo vital. Al respecto, se afirmó que: “La accionante no demuestra encontrarse en uno de los denominados grupos de especial protección constitucional, de igual forma, de ser así, no podría la aseguradora tener que suplir las carencias de la accionante, mediante una póliza de vida individual. De ser declarado de esta forma se entendería que las personas que no

cuentan con un seguro de vida individual en Colombia se encuentran en situación de desprotección y este tendría que convertirse en obligatorio.”[42]

Por último, la aseguradora sostuvo que de los documentos allegados por la actora en el proceso de amparo, no se desprende la posibilidad de configuración de un perjuicio irremediable que amenace sus derechos fundamentales, pues en la actualidad está vinculada laboralmente, y por ende, recibe ingresos mensuales.

4.2.4. En tercer lugar, en desarrollo del Auto del 12 de julio de 2016, la empresa aseguradora suministró la siguiente información adicional. Se observa la solicitud de diligenciamiento del seguro, en la que consta que el señor López Romero tenía como oficio la labor de chatarrero, en una supuesta “empresa” de su propiedad y con ingresos mensuales que ascendían a \$ 1.500.000 pesos[43]. Esta declaración se realizó el día 7 de octubre de 2014, en la que consta que el asegurado marcó de forma negativa la casilla relativa al consumo de “drogas estimulantes”[44], situación manifiestamente contraria a lo que ocurrió con la labor de conducir moto, al igual que sobre si su ocupación implicaba riesgos de lesión, amputación y/o aplastamiento[45].

También se anexó copia de la historia clínica del señor Juan Gabriel López Romero enviada el 1 de abril de 2015 por el Gerente del Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez a la compañía Suramericana[46]. Entre los elementos de juicio se destacan que el asegurado tenía la condición de vinculado a cargo de la Secretaría de Salud Municipal y que los motivos de consulta estuvieron relacionados con heridas con vidrio por manipular bolsas, así como por una mordedura de perro. Por otra parte, aparece copia de una vinculación transitoria al régimen subsidiado en la EPS Caprecom, realizada el 4 de enero de 2011 por parte del INPEC[47].

Cabe aclarar que en los documentos que fueron enviados no se encuentra referencia sobre el supuesto consumo de marihuana alegado por la compañía. A pesar de ello, no puede realizarse una deducción definitiva sobre el particular, ya que la reticencia se alegó a partir la historia clínica del Hospital Tomas Uribe Uribe y la que fue anexada corresponde al Hospital Rubén Cruz Vélez, ambos ubicados en el municipio de Tuluá. Ninguna de las partes brindó más información sobre el particular.

Al margen de lo anterior, se aprecia que, para enero de 2013, los profesionales tratantes del

Hospital Rubén Cruz Vélez se refieren al señor López Romero como un “habitante de la calle”, sin que se haya dado más información[48]. Finalmente, se envió copia de la inspección técnica realizada el 14 de febrero de 2015 por la Fiscalía General de la Nación, en la que se exteriorizó la misma información que ya expuesta en el acápite de pruebas[49].

4.2.5. En cuarto lugar, en el mismo auto previamente mencionado, se ofició a las empresas de seguridad social a las que está afiliada la accionante, para que brindaran información sobre su estado de afiliación y sobre otros aspectos relevantes al caso. Inicialmente, Coomeva EPS precisó que la actora se encuentra como afiliada activa desde el 1 de mayo de 2016, en calidad de dependiente de la empresa Angie Leandra Betancourt y con un ingreso fijo de \$ 689.455 pesos[50].

Por su parte, Positiva Compañía de Seguros S.A. allegó un certificado en el que se constata que la señora Nathalia Lopera Pérez se encuentra afiliada a riesgos profesionales como dependiente de Angie Leandra Betancourt, que es la representante legal de Cristalera El Repuesto del Mellizo, desde el 20 de mayo de 2016[51]. Por lo demás, se puso de presente que la accionante estuvo afiliada con anterioridad por otro empleador (esto es, el señor Carlos Augusto Villada Hoyos) desde el 9 de abril de 2015 hasta el 29 de febrero de 2016.

4.2.6. Para concluir, en Auto del 15 de julio de 2016, se requirió a la Fiscalía 28 Seccional Delegada ante los Jueces Penales del Circuito de Tuluá para que, en el menor tiempo posible, brindara información sobre el presunto homicidio del señor Juan Gabriel López Romero y el avance de la investigación penal. Dicha autoridad dio respuesta el día 28 del mes y año en cita, sin presentar datos adicionales sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el ilícito, diferentes a aquellas que ya habían sido presentadas en los informes resumidos en el acápite de antecedentes[52].

4.3. Problema jurídico y esquema de resolución

4.3.1. A partir de las circunstancias fácticas que dieron lugar al ejercicio de la acción de tutela, de las decisiones adoptadas en las instancias judiciales y de la información obtenida en sede de revisión, esta Corporación debe entrar a resolver si Seguros de Vida Suramericana S.A. vulneró los derechos al mínimo vital y a la vida digna de la señora Nathalia Lopera Pérez, como consecuencia de su negativa a pagar la póliza de vida de la

cual es beneficiaria en un 100% y que fue adquirida por su compañero permanente el 8 de octubre de 2014, al invocar la existencia de una reticencia en la información referente al estado de riesgo, por cuanto se omitió declarar por el tomador el antecedente de ser un supuesto consumidor de marihuana desde hace 20 años.

4.3.2. Con el fin de resolver el problema jurídico planteado, la Sala inicialmente examinará el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción de tutela, en especial, en lo referente a la satisfacción del principio de subsidiariedad, dada la existencia de otros mecanismos de defensa judicial para dirimir la controversia planteada. De suerte que, sólo una vez se supere dicho examen, se procederá con el estudio del asunto de fondo, en aspectos relativos a la relación de aseguramiento y el fenómeno de la reticencia.

4.4. De la procedencia de la acción de tutela

4.4.1. En cuanto a la legitimación por activa, cabe destacar que toda persona puede encausar una acción de tutela, ya sea directamente o por interpuesta persona, con miras a asegurar la protección de sus derechos fundamentales[53]. Esta última posibilidad admite diferentes escenarios de actuación, como lo son el ejercicio de la acción a través del representante legal, de un apoderado judicial, de la agencia oficiosa o de las atribuciones especiales que se otorgan a la Defensoría del Pueblo. En todo caso, cuando el amparo se ejerce mediante un apoderado judicial se deberá anexar poder, el cual se presumirá auténtico, en concordancia con lo previsto en el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991[54].

En el caso bajo examen, esta Sala de Revisión considera plenamente acreditado este primer requisito de procedencia del amparo constitucional, en tanto que la demanda fue presentada por la señora Nathalia Lopera Pérez, a través de apoderada judicial, con el fin de garantizar sus derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital. De esta manera, se acredita que la accionante tiene la condición de persona natural, que de ella se desprende la violación de los derechos alegados y que para la actuación judicial otorgó poder a un abogado con nota de presentación personal, el cual consta como anexo de la demanda[55].

4.4.2. Respecto de la legitimación por pasiva, el artículo 86 del Texto Superior establece que la acción de tutela tiene por objeto la protección efectiva e inmediata de los derechos

fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o por el actuar de los particulares en los casos previstos en la Constitución y en la ley[56].

En el asunto objeto de estudio, es claro que Seguros de Vida Suramericana S.A. es un particular, de ahí que, resulta necesario determinar si frente a dicha compañía se cumple con alguno de los presupuestos que permiten la procedencia excepcional de la acción de tutela en su contra. En este orden de ideas, tanto en la Constitución Política como en el Decreto 2591 de 1991, se prevén las siguientes hipótesis de procedencia, a saber: (i) cuando el particular se encuentra encargado de la prestación de un servicio público; (ii) cuando con su conducta afecta de manera grave y directa el interés colectivo; o (iii) cuando existe un estado de subordinación o indefensión entre el solicitante del amparo y quien supuestamente incurrió en la violación de un derecho fundamental[57].

4.4.2.1. De acuerdo con los antecedentes del caso, es indiscutible que las dos primeras hipótesis no se presentan en la cuestión bajo examen. Ello es así, por una parte, porque no existe una afectación al interés colectivo; y por la otra, porque de conformidad con el artículo 335 de la Constitución, si bien la actividad aseguradora es de interés público, ello no implica que pueda ser categorizada necesariamente como un servicio público, pues –como ocurre en este caso– la póliza que se reclama no corresponde a una actividad que debe ser prestada de forma regular, permanente y continua[58], sino al objeto de un contrato dirigido a amparar la ocurrencia de un siniestro[59]. Por ello, es preciso establecer si en el asunto objeto de estudio se materializa la tercera posibilidad que le otorga viabilidad procesal a la acción de tutela, esto es, que la persona se halle en un estado de subordinación o indefensión respecto de quien supuestamente incurrió en una transgresión de un derecho ius fundamental.

4.4.2.2. Como lo ha sostenido este Tribunal, en el caso de las relaciones que surgen del contrato de seguro se presenta un desequilibrio natural, por virtud del cual el cliente o usuario se encuentra, por regla general, en una posición de disparidad económica e inferioridad frente a las empresas con las cuales contrata sus servicios. Precisamente, a través de la suscripción de contratos de adhesión, son estas últimas las que fijan el valor de las primas, el monto de los deducibles, el régimen de garantías y las exclusiones que niegan el pago del riesgo asegurado. Esta situación se traduce en una posición dominante de las

citadas empresas frente a sus usuarios[60], cuyas actuaciones son objeto de control, de modo habitual, a través del marco regulatorio que rige la actividad aseguradora y mediante la supervisión permanente que frente a dichas compañías se ejerce por el Estado.

Ahora bien, en ciertos casos, la posición dominante que ejercen las empresas aseguradoras sobre sus usuarios conduce a que las primeras esquiven o dilaten la satisfacción de sus compromisos, en contra de un interés asegurado que, a partir de las características que le son propias, puede conducir a la afectación cierta y directa de derechos fundamentales como el mínimo vital y la salud, e incluso, en situaciones especiales, la vivienda digna.

En este orden de ideas, si bien es cierto, como lo sostiene Suramericana S.A., que un contrato comercial de seguro no tiene por objeto salvaguardar las condiciones de subsistencia de una persona y de su hogar, a diferencia de lo que ocurre con las prestaciones que se derivan del Sistema Integral de Seguridad Social o de los programas de asistencia que brinda el Estado, no deja de ser una realidad que los seguros de vida, más aún cuando se contratan de forma individual, se explican no sólo como una forma de amparar la propia existencia y las contingencias que puedan afectar su desarrollo (enfermedades graves, accidentes o una invalidez), sino también como una herramienta para asignarle recursos a quienes con la muerte o incapacidad del asegurado puedan verse sometidos a un perjuicio económico, tal como ocurre con los cónyuges, compañeros permanentes, hijos, padres y demás familiares cercanos, hipótesis en la cual, a partir de las circunstancias de cada caso, puede llegar a existir un impacto directo en la garantía del mínimo vital. Así lo admite el artículo 1137 del Código de Comercio, cuando al referirse a los seguros de personas, dispone que: “Toda persona tiene interés asegurable: 1.- En su propia vida; 2.- En la de las personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos; 3.- En la de aquellas cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta. (...)”[61].

Esta última circunstancia es la que advierte en el caso sometido a decisión, pues a partir de las condiciones particulares del tomador y de su familia, se aprecia que el seguro de vida contratado no busca servir como un instrumento para otorgar recursos adicionales a quienes ya los tienen, sino como un elemento específica-mente dirigido a compensar el perjuicio económico derivado de la imposibilidad de continuar velando por su familia, como en vida lo había venido realizando el señor Juan Gabriel López Romero. Precisamente, como

se advierte de la información que reposa en el RUAF[62], este último nunca cotizó a pensiones, por lo que cabe, como se afirma en la demanda, que la contratación del seguro respondiera a la intención de crear una ayuda económica para que la familia pudiese salvaguardar su derecho al mínimo vital, pues el valor de la póliza podría ser utilizado para “montar un negocio y tener con que comprar una casa y subsistir dignamente [a pesar de la] ausencia [del señor López Romero], teniendo en cuenta el estado de salud del suegro, estado de invalidez, y el bienestar del niño (...)”[63].

En tal sentido, cabe resaltar que, dentro de los objetivos que tiene el seguro contratado, Plan Sucapital Clásico, se destaca el referente a que “permite garantizar un capital de respaldo para [la] familia en caso de fallecimiento, invalidez o enfermedad de alto costo”, siendo la muerte del asegurado (accidental o violenta), la cobertura principal que se ofrece[64].

En desarrollo de lo anterior, observa la Sala que la presente acción cumple el requisito de legitimación por pasiva, toda vez que del relato de la accionante se infiere su posición de indefensión frente al comportamiento de la aseguradora, quien presuntamente está incumpliendo la obligación de pago derivada del seguro individual de vida suscrito en el año 2014, lo cual va en contra del interés asegurado y, a su juicio, pone en riesgo sus derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, al tratarse de una madre cabeza de familia con escasos recursos económicos, y que tiene a su cargo el cuidado de un menor de edad y dos sujetos de la tercera edad, uno de ellos, según se alega, con afectaciones serias de salud. Aunado a que la póliza se adquirió por su compañero permanente, precisamente, para cubrir la satisfacción de las necesidades básicas de su familia, en caso de producirse su muerte, tal como finalmente ocurrió.

La situación de indefensión derivada del vínculo que en este caso parece existir entre la prestación reclamada y la garantía del mínimo vital, no constituye una regla que se aplique en todos los casos de seguro de vida, ya que ello depende, como ocurre en el asunto bajo examen, del rol que tenía el asegurado, del objeto de la póliza suscrita y de los ingresos de la familia. Precisamente, frente a este último punto, se pudo acreditar que con anterioridad a la muerte de su compañero permanente, la señora Lopera Pérez no había ejercido ninguna actividad laboral y que su subsistencia siempre estuvo ligada a los ingresos de su pareja, motivo que, al parecer, condujo a este último a adquirir una póliza a su favor. Visto entonces que se satisface el requisito de la legitimación por pasiva, se procederá con el

examen del resto de condiciones de procedencia.

4.4.3. En desarrollo de lo expuesto, es claro que la viabilidad de la acción de tutela también exige que su interposición se haga dentro de un plazo razonable, contabilizado a partir del momento en el que se generó la vulneración o amenaza de un derecho fundamental, de manera que el amparo responda a la exigencia constitucional de ser un instrumento judicial de aplicación inmediata y urgente (CP art. 86), con miras a asegurar la efectividad concreta y actual del derecho objeto de violación o amenaza[65]. Este requisito ha sido identificado por la jurisprudencia de la Corte como el principio de inmediatez.

En criterio de este Tribunal, si con la acción de tutela se busca la protección inmediata de los derechos fundamentales, es imprescindible que su ejercicio tenga lugar dentro del marco de ocurrencia de la amenaza o violación de dichos derechos. Una actuación en sentido contrario, desvirtúa el alcance jurídico dado por el Constituyente a la acción, pues cuando el accionante no actúa con prontitud en la solicitud del amparo, se infiere que éste no requiere de una protección urgente, efectiva e inmediata, más allá de que también pueda convertirse en un factor de inseguridad jurídica y de posible afectación de los derechos de terceros[66].

En relación con el caso objeto de estudio, la actora instauró el recurso de amparo el 22 de diciembre de 2015 y la última respuesta dada por Seguros de Vida Suramericana S.A., a través de la cual reiteró su negativa al pago de la póliza, se dio el 3 de noviembre del año en cita. Esto significa que, en la práctica, transcurrió poco más de un mes para que la demandante acudiera ante el juez constitucional, término que se ajusta a la razonabilidad que explica la procedencia de la tutela.

Queda entonces por examinar lo referente al cumplimiento del principio de subsidiaridad, respecto del cual –por su trascendencia en relación con el caso planteado– se realizará un acápite separado.

4.5. De la procedencia de la acción de tutela para dirimir controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro. Del principio de subsidiaridad del amparo constitucional

4.5.1. El precitado artículo 86 de la Constitución Política señala que la acción de amparo constitucional sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa

judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable[67]. Esto significa que la acción de tutela tiene un carácter residual o subsidiario, por virtud del cual “procede de manera excepcional para el amparo de los derechos fundamentales vulnerados, por cuanto se parte del supuesto de que en un Estado Social de Derecho existen mecanismos judiciales ordinarios para asegurar su protección”[68]. El carácter residual obedece a la necesidad de preservar el reparto de competencias atribuido por la Constitución Política y la ley a las diferentes autoridades judiciales, lo cual se sustenta en los principios constitucionales de independencia y autonomía de la actividad judicial.

No obstante, aun existiendo otros mecanismos de defensa judicial, la jurisprudencia de esta Corporación ha admitido que la acción de tutela está llamada a prosperar, cuando se acredita que los mismos no son lo suficientemente idóneos para otorgar un amparo integral, o no son lo adecuadamente expeditos para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

Así lo sostuvo la Corte en la Sentencia SU-961 de 1999[69], al considerar que: “en cada caso, el juez está en la obligación de determinar si las acciones disponibles le otorgan una protección eficaz y completa a quien la interpone. Si no es así, si los mecanismos ordinarios carecen de tales características, el juez puede otorgar el amparo de dos maneras distintas, dependiendo de la situación de que se trate. La primera posibilidad es que las acciones ordinarias sean lo suficientemente amplias para proveer un remedio integral, pero que no sean lo suficientemente expeditas para evitar el acontecimiento de un perjuicio irremediable. En este caso será procedente la acción de tutela como mecanismo transitorio, mientras se resuelve el caso a través de la vía ordinaria”. La segunda posibilidad es que las acciones comunes no sean susceptibles de resolver el problema de forma idónea, circunstancia en la cual es procedente conceder la tutela de manera directa, como mecanismo de protección definitiva de los derechos fundamentales[70].

En relación con el primer supuesto, la jurisprudencia constitucional ha establecido que la acción de tutela procede como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, cuando se presenta una situación de amenaza de vulneración de un derecho fundamental susceptible de concretarse y que pueda generar un daño irreversible[71]. Este amparo es eminentemente temporal, como lo reconoce el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, en los

siguientes términos: “En el caso del inciso anterior, el juez señalará expresamente en la sentencia que su orden permanecerá vigente sólo durante el término que la autoridad judicial competente utilice para decidir de fondo sobre la acción instaurada por el afectado”[72].

En cuanto al segundo evento, se entiende que el mecanismo ordinario previsto por el ordenamiento jurídico para resolver un asunto no es idóneo, cuando, por ejemplo, no permite resolver el conflicto en su dimensión constitucional o no ofrece una solución integral frente al derecho comprometido. En este sentido, esta Corporación ha dicho que: “el requisito de la idoneidad ha sido interpretado por la Corte a la luz del principio según el cual el juez de tutela debe dar prioridad a la realización de los derechos sobre las consideraciones de índole formal[73]. La aptitud del medio de defensa ordinario debe ser analizada en cada caso concreto, teniendo en cuenta, las características procesales del mecanismo, las circunstancias del peticionario y el derecho fundamental involucrado”[74].

Finalmente, reitera la Sala que en atención a la naturaleza eminentemente subsidiaria de la acción de tutela, esta Corporación también ha establecido que la misma no está llamada a prosperar cuando a través de ella se pretenden sustituir los medios ordinarios de defensa judicial[75]. Al respecto, la Corte ha señalado que: “no es propio de la acción de tutela el [de ser un] medio o procedimiento llamado a remplazar los procesos ordinarios o especiales, ni el de ordenamiento sustitutivo en cuanto a la fijación de los diversos ámbitos de competencia de los jueces, ni el de instancia adicional a las existentes, ya que el propósito específico de su consagración, expresamente definido en el artículo 86 de la Carta, no es otro que el de brindar a la persona protección efectiva, actual y supletoria en orden a la garantía de sus derechos constitucionales fundamentales”[76].

4.5.2. Ahora bien, en tratándose de controversias relacionadas con contratos de seguros, este Tribunal ha sostenido que dichos conflictos, en principio, deben ser resueltos ante la jurisdicción ordinaria civil, en tanto el legislador previó la posibilidad de acudir a varias clases de procesos para solucionarlos, los cuales se encuentran básicamente previstos en el Código General del Proceso y dependen del tipo de controversia originada en la relación de aseguramiento[77]. Ellos se caracterizan por contemplar instrumentos y herramientas para que los interesados tengan la oportunidad de reclamar sus derechos y, si es del caso,

formular oposiciones frente a las actuaciones de las partes involucradas en el negocio jurídico objeto de la litis. Por lo demás, en dichas vías se otorgan amplias oportunidades para solicitar o controvertir pruebas y si se considera necesario interponer recursos.

Ante esta realidad, la jurisprudencia reiterada de la Corte ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, cuando, por ejemplo, (i) se verifica una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no tienen ningún tipo de ingreso; o (ii) también en aquellos casos en que por el incumplimiento de las obligaciones contractuales que le asisten a la aseguradora, a pesar de la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado, se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante.

La línea previamente expuesta se reiteró por la Sala Tercera de Revisión[78], al conocer del caso de una persona con cirrosis por hepatitis autoinmune, con un 59.45% de pérdida de capacidad laboral, madre de dos menores de edad, a quien se le inició un proceso jurídico para el cobro de las cuotas dejadas de cancelar por un crédito hipotecario. Al momento de pronunciarse sobre el caso sometido a decisión, esta Sala consideró que la acción de tutela era el mecanismo idóneo para solucionar el conflicto planteado, en la medida en que la controversia tenía efecto directo sobre los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital de la accionante, cuya condiciones particulares le dificultaban acudir a las vías ordinarias previamente expuestas. Concretamente se estableció que:

“Con base en lo anterior, en el asunto sub examine, la Corte observa que la acción de tutela se convierte en el mecanismo idóneo de protección, pues la controversia que se plantea tiene un efecto directo sobre los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, pues la condición física que padece la accionante le impide continuar trabajando y, por ende, obtener los recursos necesarios para cancelar las cuotas correspondientes al crédito de vivienda, frente a las cuales ya existe un proceso judicial en curso en el que se pretende hacer efectiva su garantía hipotecaria, así como asegurar su congrua subsistencia y la de sus menores hijos.”[79]

Además de las hipótesis previamente expuestas, (iii) la Corte también ha decidido estudiar

de fondo los casos en los que se encuentra de por medio una controversia originada en un contrato de seguros, cuando se evidencia que más allá de la disputa económica que le sirve de origen y que puede impactar en los derechos al mínimo vital y a la vida digna, existe un problema de naturaleza constitucional que debe ser estudiado por el juez de tutela, vinculado con la protección de los derechos fundamentales al debido proceso[80] o a la salud[81]. Así, por ejemplo, la Corte ha otorgado el amparo en los siguientes tipos de casos:

(a) Cuando las compañías de seguros niegan el pago de la prestación asegurada por contabilizar el tiempo de la prescripción desde un momento diferente de aquél que dispone la ley. Al respecto, en la Sentencia T-309A de 2013[82], la Corte conoció de un caso en el que una aseguradora se negó a reconocer una póliza al contar los términos de prescripción desde la fecha de estructuración de la invalidez y no desde el momento en que se profirió el dictamen de pérdida de capacidad laboral. Para este Tribunal, en el asunto sub-judice, la aseguradora desconoció el principio de la buena fe, ya que cuanto se estructuró la invalidez el accionante no conocía su condición invalidante[83]. En este mismo sentido se pronunció la Sala Tercera de Revisión en la Sentencia T-557 de 2013[84], en un caso en que una aseguradora negó el pago del seguro, con fundamento en las mismas razones previamente expuestas.

(b) Cuando en el contrato de seguro existen cláusulas ambiguas y estas son interpretadas por la aseguradora en contra del reclamante de la póliza. Así, por ejemplo, cuando en el clausulado no existe un parámetro claro para definir el grado de incapacidad o invalidez del tomador para que se constituya el riesgo, esta Corporación ha considerado que deberá garantizarse como mínimo el estándar del régimen de seguridad social en pensiones, esto es, que la incapacidad supere el 50%[85].

(c) Cuando en materia de seguros de salud, si antes de suscribir un contrato de medicina prepagada o un contrato de seguro médico, la compañía no practica el examen de ingreso, caso en el cual no puede abstenerse de prestar o cubrir un servicio que no aparece expresamente excluido del negocio jurídico, teniendo en cuenta la naturaleza del riesgo que ampara y su pericia en dicha materia[86].

Para que este deber resulte exigible a las aseguradoras, es indispensable que en el

cuestionario en el que se determinen las condiciones de asegurabilidad, el tomador manifieste en su declaración, ante una pregunta específica, que padece algún tipo de enfermedad, pues en activación del principio de la buena fe, se entiende que el silencio de las compañías sobre el alcance de las coberturas envuelve su decisión de allanarse a asumir aquellos riesgos que, una vez conocidos, no hayan sido expresamente excluidos[87]. En efecto, ante el conocimiento del estado de salud del tomador (asegurado), es innegable que las compañías tienen la posibilidad de realizarle algún tipo de examen médico o de revisar su historia clínica, con el objeto de determinar si se celebra o no el negocio jurídico o si hace necesario estipular unas condiciones contractuales distintas y más onerosas. De no ocurrir lo anterior, como ya se dijo y lo ha sostenido la Corte, se concluye que no es posible alegar exclusiones o preexistencias distintas a aquellas que aparezcan explícitamente contenidas en el acto o contrato.

Por el contrario, si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia, uno de cuyos efectos es el de generar la nulidad relativa del contrato de seguro, como más adelante se explicará.

4.5.3. Ahora bien, en el caso de los seguros de vida o de daños, la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes, sin que quepa imponer límites adicionales a los contenidos en la ley. Así, por ejemplo, en el caso específico de los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”[88].

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración

del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bonae fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico[89].

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el tomador (asegurado) se allana a contratar un seguro y declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información se determine por la aseguradora si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[90]. De suerte que, si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer[91].

4.5.4. Por último, si bien algunas Salas de Revisión se han pronunciado de fondo en casos en los cuales las aseguradoras alegan reticencias para negar el pago de pólizas[92], lo cierto es que en dichos casos siempre se ha preservado la regla sobre la procedencia excepcional de la tutela, vinculada con la necesidad de resolver un problema de naturaleza constitucional, por lo general en el ámbito del amparo de los derechos al mínimo vital, a la salud o a la vida digna.

Para esta Sala de Revisión, la consideración sobre la procedencia excepcional del amparo constitucional en casos de reticencia tiene especial importancia, si se tiene en cuenta que la ocurrencia del citado fenómeno se vincula con la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato, básicamente por desconocer los mandatos del principio de la buena fe y no declarar “sinceramente” los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, generando una distorsión en el carácter aleatorio que identifica al contrato de seguro. Por ello, desde la doctrina, se ha identificado

que la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, se fundamenta en dos características esenciales: (i) el principio de extrema buena fe[93] y (ii) la necesidad de proteger la naturaleza aleatoria del contrato de seguro.

En otras palabras, este negocio jurídico se estructura sobre la ocurrencia de un riesgo, que puede o no suceder, a partir del cual la aseguradora se obliga a asumir el cumplimiento de una determinada prestación (v.gr. cancelar una suma de dinero). En tal virtud, la etapa precontractual juega un papel esencial en la determinación del objeto y costo del contrato, toda vez que es el momento en el que el tomador de la póliza pondrá en conocimiento del asegurador el estado del riesgo que se pretende garantizar y, a su vez, éste podrá calcular el valor de prima. Ello supone necesariamente un deber cualificado de información en el tomador, consistente en poner de presente todas aquellas circunstancias de su vida cotidiana que podrían impactar en el estado del riesgo, con el propósito no sólo de que la aseguradora pueda realizar una apreciación sincera y real sobre la probabilidad de ocurrencia del siniestro, sino también sobre la capacidad para asumir su pago a partir del monto total de coberturas preexistentes; lo cual, en concordancia con el principio de la buena fe, busca asegurar la integridad, exactitud y libertad del consentimiento proferido por las partes de la relación contractual[94]. Por esta razón, es que la jurisprudencia constitucional ha admitido que el principio de la buena fe es parte esencial e intrínseca del contrato de seguro[95] y que, al preverse, como efecto principal de la reticencia, la nulidad relativa del contrato, el legislador no hace nada distinto a sancionar “la mala fe en el comportamiento del declarante”[96].

Ahora bien, como en muchas ocasiones se torna difícil para el tomador determinar la relevancia de ciertas circunstancias de su vida personal y cotidiana para que la aseguradora pueda establecer con certeza el estado del riesgo, se ha admitido que es a las compañías del sector a las que les corresponde, como ya se mencionó, aclararle al tomador sobre los aspectos que debe informar, utilizando, para tal efecto, diferentes metodologías. Precisamente, es normal que las empresas de seguros adopten cuestionarios con preguntas específicas que integran lo que se conoce como la declaración del estado del riesgo.

Bajo este panorama, el fenómeno de la reticencia pretende evitar el desequilibrio contractual que podría derivarse de la omisión de la información brindada por el tomador, respecto del estado del riesgo a asegurar. Es por ello que, siempre que en el cuestionario

dispuesto para el efecto se incurra en una inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, “conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas”[97], se produce la nulidad relativa del seguro[98].

A pesar de ello, en caso de que se decida no hacer uso de un cuestionario, el régimen sustancial igualmente sanciona con nulidad relativa el contrato, cuando la reticencia o inexactitud en la información que se otorga, se refiere a “hechos o circunstancias que impliquen [la] agravación objetiva del estado del riesgo”, siempre que en tal proceder medie la culpa del tomador.

Como excepciones al mecanismo correctivo de la anulación, por una parte, se dispone los casos en que la inexactitud o reticencia proviene de un error inculpable del tomador, hipótesis en la cual “el asegurador sólo estará obligado, [de producirse] el siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160” del Código de Comercio[99]; y por la otra, cuando se logra acreditar que el asegurador, antes de celebrar el contrato, “ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre [los] que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”[100], circunstancias en las cuales no cabe la imposición de ninguna sanción.

En todo caso, en criterio de la Corte, cabe aclarar que la nulidad relativa del contrato pretende castigar la mala fe en el comportamiento del tomador, motivo por el cual la relación contractual no podrá ser declarada nula por la sola omisión en el suministro de cualquier información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria se origine en un actuar contrario a los postulados de la buena fe[101], que tenga la entidad de retraer el negocio celebrado o que, de ser conocida por el asegurador, hubiese llevado a estipular condiciones más onerosas.

En virtud de lo anterior, este Tribunal ha admitido que es deber de la aseguradora demostrar que la inexactitud tendría la entidad suficiente para, de haber sido conocida, conducir al desistimiento de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso[102], sin perjuicio –como lo dispone la ley– de advertir que la sanción de nulidad no aplica si el

asegurador, antes de celebrar el contrato, “conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”[103]; al igual que si las partes se allanan a subsanar los vicios, si la compañía aseguradora los acepta expresa o tácitamente o si se está en presencia de un error inculpable por parte del tomador[104].

En este contexto, en criterio de esta Sala, es claro que las controversias que se originan por las inexactitudes en que se haya incurrido por el tomador, para efectos de determinar si procede o no la nulidad relativa del seguro, desbordan el ámbito de la tutela y conducen por regla general a su improcedencia, al no tener esta acción las características de los procesos judiciales que se tramitan ante la justicia ordinaria (procesos declarativos), en donde las partes, en igualdad de condiciones, tienen la posibilidad de intervenir, de aportar pruebas y de controvertir aquellas que se usen en su contra. Precisamente, por su carácter informal, el amparo constitucional tiene como objeto la protección de derechos fundamentales dentro de un proceso que se caracteriza por su sumariedad y celeridad, lo cual se contrapone -desde su misma concepción- a un proceso judicial tradicional, en el cual es posible verificar con la certeza propia de una amplia etapa probatoria, los efectos que en términos de afectación al consentimiento de la aseguradora, se requieren para que se acredite la existencia de la reticencia.

Por ello, a juicio de la Corte, no cabe duda de que la acción de tutela no es la vía idónea para pronunciarse sobre el citado fenómeno, cuando se brindan elementos de juicio que advierten sobre la existencia de una discusión respecto de la veracidad de las declaraciones realizadas sobre el estado del riesgo, en un contexto en el que debe verse afectado el consentimiento de la aseguradora. En efecto, en la medida en que en este tipo de casos el asunto adquiere un alcance controversial y litigioso que desborda el carácter sumario e informal del amparo constitucional, el cual exige un nivel mínimo de certeza o de convencimiento respecto del derecho reclamado, es claro que el amparo constitucional resulta improcedente. Por ello, tal como se reseñó en la Sentencia T-523 de 1998[105] y se reiteró en la Sentencia T-1683 de 2000[106], es innegable que el juez de tutela no puede disponer el reconocimiento u ordenar el pago de “un derecho incierto y discutible, pues aquello escapa de la órbita constitucional para radicarse en una discusión de rango legal que debe resolverse en la jurisdicción competente”.

Tan sólo por vía de excepción es posible que el juez de tutela asuma el conocimiento de

este tipo de casos, para ello, además de advertir (i) la existencia de una discusión de relevancia constitucional, es preciso que (ii) se observe con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que, en el asunto bajo examen, se dan los requisitos para acceder al reconocimiento de la prestación asegurada, de acuerdo con la demostración de la condición de beneficiario. Por lo demás, también debe acreditarse (iii) que no concurren los supuestos que avalan la existencia de la reticencia alegada o que, en caso de que efectivamente se haya omitido información, la misma, a partir del examen del estado del riesgo, carezca de algún tipo de incidencia en su valoración, de suerte que no pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora y que, en el fondo, lo que se encuentra es un actuar arbitrario de esta última consistente en abstenerse de reconocer y pagar un derecho indiscutible, como consecuencia de la ventaja que le otorga su posición contractual privilegiada. Así ha procedido esta Corporación, por ejemplo, (a) cuando no se observa una efectiva relación causal entre los hechos o circunstancias no declaradas y las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora[107], o (b) cuando esta última, de forma evidente y palmaria, brinda algún elemento de juicio para considerar que la inexactitud fue conocida antes de celebrar el contrato de seguro[108].

Estos dos eventos puestos de presente en el párrafo anterior, se enmarcan dentro de las excepciones que le permiten a un juez de tutela conocer de fondo sobre una controversia contractual relacionada con la figura de la reticencia, ya que se trata de escenarios en los que, ante la comprobación de la vulneración de un derecho fundamental, excluyen la posibilidad de decretar la nulidad relativa del citado negocio jurídico, de acuerdo con lo expuesto anteriormente.

Precisamente, (i) aquella en la que no se observa una efectiva relación causal entre los hechos o circunstancias no declaradas y las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora, supone un contexto contractual en el que la aparente reticencia o inexactitud resulta irrelevante para determinar si el asegurador se hubiese retraído de celebrar el negocio o de estipular condiciones más onerosas, toda vez que se trata de hechos no susceptibles de alterar el estado del riesgo, por lo que no cabe entrar a realizar apreciaciones respecto de la sinceridad o no con la que obró el tomador. En otras palabras, si bien la figura de la reticencia pretende restablecer el desequilibrio contractual que se produce en la etapa final del desarrollo de un contrato de seguro, ello no habilita a la aseguradora para dejar de cumplir con sus compromisos, cuando simplemente los hechos

no conocidos o las inexactitudes que se presentan carecen de cualquier tipo de impacto frente al riesgo cubierto. En efecto, como lo ha explicado esta Corporación, la sanción de nulidad no se predica de la existencia de una relación causal de los hechos omitidos frente a las causas del siniestro, sino en relación con el nivel de riesgo creado, por virtud del cual, a partir de las condiciones del negocio, se entienda deformado el consentimiento de la aseguradora[109]. Si ello no ocurre, como se deriva de la ley, la consecuencia es que esta última debe asumir la satisfacción plena de las obligaciones suscritas.

Por su parte, (ii) en cuanto al segundo criterio, también se está en presencia de una actuación de la aseguradora contraria a la buena fe, ya que si esta última conoció de la inexactitud de las condiciones aseguradas antes de proceder con la celebración del contrato, debe entenderse que tales aspectos caben dentro del estado del riesgo amparado, excluyendo la posibilidad de exonerarse de cumplir con las prestaciones asumidas. Con base en los elementos expuestos, se procederá entonces a examinar la satisfacción del principio de subsidiaridad en el caso concreto.

4.6. Del examen del principio de subsidiaridad en el caso concreto

4.6.1. Respecto del asunto objeto de estudio, cabe destacar que, en esta ocasión, la acción de tutela se promueve en el marco de una controversia surgida entre la señora Nathalia Lopera Pérez y la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A., como resultado de la negativa de esta última de cancelar el valor de la póliza de vida individual adquirida el 8 de octubre de 2014 por su compañero permanente, el señor Juan Gabriel López Romero, de la cual es beneficiaria principal, en un porcentaje del 100%.

En este sentido, la controversia sometida a decisión envuelve una discusión en torno a que, sin perjuicio de que ocurrió el siniestro que activa la obligación condicional de pago del seguro de vida, como lo fue la muerte del citado señor el 13 de febrero de 2015, la compañía demandada alegó la nulidad relativa del contrato por la ocurrencia de una reticencia. En concreto, señaló que en la Historia Clínica que consta en el “Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá”, se encontró un antecedente de que el tomador fue consumidor de marihuana, circunstancia que no fue declarada en el cuestionario dispuesto para evaluar el estado del riesgo, ya que al momento de ser preguntado sobre el uso de “drogas estimulantes”, marcó de forma negativa la casilla dispuesta para tal fin.

De esta manera, con sujeción a lo expuesto, es claro que el problema que se suscita guarda relación con la supuesta inexactitud en la información entregada por el señor López Romero, al momento de suscribir dicho negocio jurídico, frente a la cual, según se alega en la demanda, la accionante expone que, por una parte, nunca se le realizó por la compañía de seguros un examen médico a su compañero permanente que determinara la preexistencia de la circunstancia alegada; y por la otra, que no es verdad que haya sido consumidor de drogas y que, incluso de haberlo sido, su muerte no se produjo por dicha causa, si no de forma violenta por medio de un proyectil de arma de fuego ocasionando “anemia aguda y tensión vascular”.

4.6.2. Frente a la controversia planteada, en principio, existe la posibilidad de iniciar un proceso declarativo ante la jurisdicción ordinaria civil, con la finalidad de obtener el cumplimiento de la prestación asegurada. No obstante, excepcionalmente cabe el recurso de amparo con miras a pronunciarse de fondo sobre un asunto relacionado con el fenómeno de la reticencia, como ya se dijo, cuando (i) se está en presencia de una amenaza o vulneración de un derecho fundamental; (ii) se observa con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que se dan los requisitos para obtener el reconocimiento de la prestación asegurada, de acuerdo con la demostración de la condición de beneficiario; y finalmente, no concurren (iii) los supuestos que acreditan la existencia de la reticencia alegada o, en caso de que efectivamente se haya omitido información, la misma, a partir del examen del estado del riesgo, carece de algún tipo de incidencia en su valoración, de suerte que no pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora.

4.6.3. Lo primero que se advierte por parte de este Tribunal, es que no cabe el alegato realizado por la accionante, referente a que su compañero permanente no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, la decisión de la aseguradora de limitarse a verificar el estado del riesgo con un cuestionario dirigido a precisar las condiciones de salud del tomador, sin proceder con la práctica previa de exámenes o con la revisión de su historia clínica, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio[110], cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo que permite confiar en la sinceridad de la declaración realizada.

En este orden de ideas, ningún reproche le asiste sobre el particular a la compañía de Seguros de Vida Suramericana S.A., toda vez que su proceder se ajustó a lo previsto en la ley, a partir de las reglas básicas de diligencia, decoro y honestidad que rigen este acto jurídico, tal como lo advirtió esta Corporación en la Sentencia C-232 de 1997[111].

4.6.4. Descartada la primera alegación realizada por la accionante, esta Sala debe entrar a verificar si se dan las condiciones de procedencia de la acción de tutela para casos de reticencia en materia de seguros, para lo cual, se comprobará si existe o no una hipótesis de amenaza o violación del derecho al mínimo vital[112], si se acreditan los requisitos para obtener el reconocimiento del derecho alegado, y si concurren las circunstancias que dan origen a la inexactitud invocada y que, por razón de su entidad, pueden llegar a comprometer el consentimiento de la aseguradora. El examen de estas condiciones de procedencia debe realizarse a partir de la otra alegación realizada, consistente en que no es verdad que el señor López Romero haya sido consumidor de drogas o que, incluso de haberlo sido, su muerte no se produjo por dicha causa, si no de forma violenta por medio de un proyectil de arma de fuego ocasionando “anemia aguda y tensión vascular”.

4.6.4.1. De los requisitos expuestos, en principio, se observa que se acredita el referente a tener derecho a solicitar el reconocimiento de la prestación asegurada, por cuanto ocurrió el siniestro (la muerte del señor López Romero) y se verificó la condición de beneficiaria, pues al constatarse el contenido de la póliza aparece la accionante en calidad de beneficiaria principal, con un porcentaje del 100%[113]. Por lo demás, la tutela se promueve directamente por la interesada, previo otorgamiento de un poder especial para el efecto[114].

4.6.4.2. En cuanto a la inexactitud alegada, como ya se advirtió, la negativa de la entidad demandada se fundamentó en una supuesta reticencia por parte del tomador, esto es, del señor Juan Gabriel López Romero, al informar sobre el estado del riesgo. En efecto, la entidad accionada indicó que había encontrado en la historia clínica remitida por el Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá, un antecedente de que el citado señor consumía marihuana desde hace 20 años, circunstancia que no había sido puesta de presente al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, y que, incluso, cuando se le interrogó en relación con el consumo de drogas estimulantes, su respuesta fue negativa.

Dos argumentos se exponen por la accionante para controvertir la mencionada decisión. Así, en el primero, se plantea que el señor Juan Gabriel López Romero no fue consumidor de marihuana; y en el segundo, se señala que no existe una relación de causalidad entre la causa de la muerte (anemia aguda y lesión vascular causadas por un homicidio con arma de fuego) y la información supuestamente omitida, de suerte que no es procedente negar el otorgamiento de la prestación asegurada.

En cuanto al primer punto, ninguna de las dos partes suministró elementos de juicio que le permitan al juez de tutela tener certeza sobre si en realidad existió o no la inexactitud en la información suministrada por parte del tomador. En efecto, tanto en la demanda de tutela[115] como en sede de revisión[116], se anexó la historia clínica del Hospital Rubén Cruz Vélez, cuando la inconsistencia en los datos que fueron suministrados se remite a la indagación realizada en el Hospital Tomas Uribe Uribe, ambas instituciones en salud que están ubicadas en el municipio de Tuluá. En este punto, la Corte entiende que, ante el incumplimiento de la carga mínima de prueba y dada la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre asuntos relacionados con el contrato de seguro, no están dados los supuestos que permitan concluir con exactitud si se produjo o no la omisión en la información alegada, por lo que el asunto se torna claramente litigioso y controversial, desbordando el carácter sumario e informal del amparo constitucional, pues es innegable que el juez de tutela no puede reconocer u ordenar el pago de derechos inciertos y discutibles, cuya órbita de discusión debe realizarse ante la jurisdicción competente[117].

Por lo demás, frente al segundo de los argumentos expuestos, la Corte encuentra que el examen de causalidad no se deriva de la fuente generadora del siniestro, sino de las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora, como lo advirtió este Tribunal en la Sentencia C-232 de 1997[118], al declarar la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio. Por lo anterior, no cabe el análisis que se sugiere por la accionante, toda vez que lo determinante es conocer si el eventual consumo de marihuana, en caso de haber existido y de haber sido conocido por la aseguradora, tendría la entidad suficiente para afectar el estado del riesgo y, por ende, retraer el negocio celebrado o inducir a estipular condiciones más onerosas, a partir de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ello pudo tener ocurrencia. Por ejemplo, no es lo mismo un uso médico esporádico para aliviar dolores derivados de un accidente o de una lesión física, en

donde no se observa su consumo como agente estimulante[119], a los casos en que su empleo se motiva con fines diferentes, en donde cabe analizar si se trata de un consumidor social o permanente, más allá de las circunstancias vinculadas con su adquisición, al no tratarse de un producto de libre venta[120]. El examen sobre el particular desborda el carácter sumario de la acción de tutela, requiriendo de un escenario amplio de discusión judicial, en el que se puedan presentar pruebas y acreditar las condiciones particulares en que pudo haberse dado el hecho que se considera fue omitido en la declaración de asegurabilidad.

4.6.4.3. Finalmente, tampoco se advierte una situación de amenaza o violación del derecho al mínimo vital. Para tal efecto, se debe recordar que la citada garantía constitucional ha sido admitida como un derecho fundamental ligado estrecha-mente con la dignidad humana (principio del cual se desprende el derecho a la vida digna), pues constituye la porción de ingresos que le permiten a una persona financiar sus necesidades básicas y, en ciertas ocasiones, las de su familia, como son la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la atención en salud y otras prerrogativas vinculadas con la congrua subsistencia.

Con el fin de determinar si existe o no una afectación de esta garantía constitucional, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que el mínimo vital de una persona debe ser analizado desde una perspectiva cuantitativa (esto es, referente a la cantidad de ingresos que tiene un sujeto o su familia), así como desde una perspectiva cualitativa, cuyo contenido depende de las condiciones particulares de cada individuo y se relaciona con la posibilidad de asegurar un nivel de vida razonablemente cercano al que la persona o familia tenía con anterioridad al acaecimiento de una contingencia, como la muerte, la vejez o la invalidez[121], sin que pueda llegar a ser el mismo, toda vez que la ocurrencia de uno de tales fenómenos, indudablemente genera efectos en la calidad de vida de un hogar. Por ejemplo, en el caso de la vejez, las pensiones no son totalmente asimilables a un salario, por lo que las rentas se ven reducidos a partir del valor adoptado como ingreso de liquidación, así como de la tasa de reemplazo utilizada.

Atendiendo a lo mencionado, frente al caso concreto se evidencia que, desde el punto de vista cuantitativo, la accionante no tiene una relación de dependencia frente al reconocimiento de la prestación asegurada, en cuanto, hoy en día, tiene un trabajo estable

en el que recibe una asignación mensual correspondiente al salario mínimo legal vigente.

De esta manera, si bien el señor Juan Gabriel López Romero era quien asumía los gastos del hogar con anterioridad a la ocurrencia del siniestro, mientras la señora Lopera Pérez se dedicaba a las labores domésticas, como se infiere de la declaración extrajuicio allegada al proceso de tutela[122], desde que se produjo la muerte de su compañero permanente, esto es, a partir del 13 de febrero de 2015, la actora prácticamente obtuvo un trabajo remunerado, con miras a garantizar un ingreso que le permitiera satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia.

Al observar las certificaciones otorgadas por las instituciones de seguridad social, se advierte que la señora López Romero tuvo un vínculo laboral temporal desde el 8 de abril de 2015 hasta el 31 de marzo de 2016, el cual concuerda en fechas con el reemplazo que se puso de presente en la acción de tutela[123], ingresando por un mes al régimen subsidiado, hasta cuando se produjo su actual vinculación con la empresa Cristalera El Repuesto del Mellizo, a partir del mes de mayo de 2016[124]. De esta última relación, la actora puso de presente que se trata de un “contrato verbal a término indefinido”[125], por el cual devenga un salario mínimo legal mensual vigente.

Como se aprecia de lo expuesto, la accionante ya no se encuentra desamparada económicamente, ni tampoco tiene un vínculo laboral precario, como lo sostuvo en la demanda de tutela, por cuanto recibe un ingreso mensual permanente, a partir de un trabajo en el que se encuentra vinculada con cierto grado de estabilidad[126], el cual le permite asumir las cargas inherentes al desarrollo de un proceso civil, más aún si se tiene en cuenta que es una persona joven, de 24 años de edad[127], sin ningún tipo de barrera física que limite su capacidad laboral.

No se acredita la existencia de deudas en la familia, más allá de una factura de la empresa de gas por valor de \$ 657.527 pesos, en la que se menciona la mora de dos períodos[128]. Sin embargo, el valor mensual a pagar asciende a \$ 66.809 pesos, seguramente como resultado de un acuerdo de pago, suma que no compromete el ingreso que actualmente tiene y que tampoco guarda proporción frente al valor de seguro que se reclama, el cual, como se ha dicho, corresponde a 200 millones de pesos. Finalmente, no existen procesos en curso contra la accionante o su familia de los cuales pueda inferirse una afectación en su

patrimonio.

De manera adicional, tampoco se observa una afectación al mínimo vital desde el punto de vista cualitativo, por las siguientes razones: en primer lugar, a pesar de que la accionante señala que los gastos del hogar ascienden a \$ 2.000.000 de pesos, lo cierto es que no se brindó ningún elemento de juicio para verificar dicha suma; por el contrario, lo que consta es que el señor Juan Gabriel López Romero, en el formulario de la solicitud de póliza diligenciado, manifestó que sus ingresos mensuales, con los cuales velaba por las necesidades de la familia, ascendían a la suma de \$ 1.500.000 de pesos[129]. Con cargo a estos recursos también cancelaba la prima mensual del seguro cuyo valor era de \$ 105.742 pesos.

Aun cuando nominalmente esa suma parece superior al salario mínimo que recibe la accionante, en el fondo se presenta una compensación que equilibra los ingresos del hogar, preservando un nivel de vida razonablemente cercano al existente antes de la muerte del señor López Romero. Nótese que, con los recursos que percibía este último, se debían asumir los gastos de cinco personas y cubrir el valor de la prima del seguro; mientras que, con el salario de la accionante, se garantiza las condiciones de vida de cuatro personas y, adicionalmente, se reciben prestaciones sociales que mejoran en términos reales su ingreso, como lo son el auxilio de transporte[130], las primas de mitad y fin año, las cesantías, las vacaciones, etc. De igual manera, se accede a las coberturas que se brindan por las cajas de compensación, en donde se puede reclamar el subsidio familiar por tener hijos a cargo.

En segundo lugar, la accionante y su hijo están afiliados al sistema de seguridad social en salud en el régimen contributivo; al tiempo que sus padres están inscritos en el régimen subsidiado. Aun cuando uno de ellos corresponde a una persona en condición de discapacidad, no se aprecia que le estén negando algún servicio o que tenga que asumir con su propio peculio el valor de un tratamiento o procedimiento, por lo que, en la actualidad, son suficientes las coberturas que brinda el sistema.

Por último, no se percibe que el valor de la póliza esté llamado a cubrir alguna urgencia por parte de la familia, más allá del impacto que la suma aseguradora podría tener en sus condiciones de vida. Sin embargo, por la situación actual de la familia y de la accionante,

esa suma no guarda correspondencia con la garantía del mínimo vital, el cual se encuentra cubierto con los ingresos permanentes que se obtienen por la señora Lopera Pérez, de acuerdo con las condiciones previa-mente expuestas, las cuales guardan correspondencia con las que existían antes de la muerte del señor López Romero.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Segunda de Revisión, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE

Primero.- CONFIRMAR la sentencia del 16 de febrero de 2016 proferida por el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Tuluá, que resolvió confirmar el fallo de primera instancia adoptado el 6 de enero del año en cita por el Juzgado Primero Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de dicha ciudad, en la cual se declaró la improcedencia del amparo propuesto por la señora Nathalia Lopera Pérez, por las razones expuestas en esta providencia.

Segundo.- Por Secretaría General de la Corte Constitucional, LÍBRESE las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los fines allí contemplados.

Notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Magistrado

Con aclaración de voto

Magistrado

Con aclaración de voto

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

ACLARACIÓN DE VOTO DEL MAGISTRADO GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

A LA SENTENCIA T-501/16

ACCION DE TUTELA CONTRA ASEGURADORA-Improcedencia por incumplir requisito de subsidiaridad (Aclaración de voto)

En el presente asunto no se cumplen las condiciones para que por vía de tutela se ordene el pago del seguro.

Referencia: Expediente T-5.542.290 Acción de tutela instaurada Nathalia Lopera Pérez contra Seguros de Vida Suramericana S.A.

Magistrado Ponente:

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

No obstante que en casos análogos hemos asumido una posición marcadamente protectora del asegurado frente al contrato de seguros, debo aclarar que comparto la decisión[131] y ordenes proferidas en el presente asunto, pues, en efecto, según el acervo probatorio acopiado, no se cumplen las condiciones para que por vía de tutela se ordene el pago del seguro.

Fecha ut supra,

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

[1] Folio 15, cuaderno 2. Copia de la cédula de ciudadanía de la señora Nathalia Lopera

Pérez.

[2] No existe en el expediente ningún de elemento de juicio que permita establecer el tiempo de duración de la unión marital.

[4] En el expediente se allegó copia del documento en el que consta una valoración médica realizada en noviembre del 2015 al señor Juan Manuel Lopera Caño (padre de la accionante) en el Centro Médico Cristo Rey en Tuluá (Valle del Cauca). Folio 21, Cuaderno 2.

[5] Folio 13, cuaderno 2. Copia del Registro de Defunción del señor Juan Gabriel López Romero. Al momento en que se produjo su fallecimiento tenía 36 años.

[6] Folio 14, cuaderno 2. Copia de la constancia proferida por la Fiscalía General de la Nación con fecha del 20 de octubre de 2015, en la que se realiza la identificación de la víctima y una reseña de los hechos ocurridos en relación con el homicidio.

[7] Folios 10 a 12, cuaderno 2. Copias de los informes sobre el estado del seguro que fueron expedidos por Seguros Suramericana el 15 y 20 de octubre de 2014.

[8] El artículo 1058 del Código de Comercio dispone: “ARTÍCULO 1058. Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. // Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. // Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. // Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido

conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.” (Se subraya fuera del texto original).

[9] Folios 22 y 23, cuaderno 2. Puntualmente, se dijo que: “Concluido el estudio de la reclamación presentada por el fallecimiento del señor Juan Gabriel López Romero el día 13 de febrero de 2015 le informamos que Seguros de Vida Suramericana S.A. objeta formalmente la solicitud de indemnización. La causa de la negación está sustentada en el Código de Comercio artículo 1058 (...). En el evento que nos ocupa y revisada la historia clínica del Hospital Tomas Uribe Uribe, según registro médico, se encuentra antecedente Consumidor de Marihuana desde hace 20 años[,] condición que no fue informada a la compañía en el momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad [del] 07 de octubre de 2014 . Adicionalmente, le manifestamos que esta compañía no conoció el verdadero estado de salud al ingreso a la póliza de Sucapital Clásico (...) conforme a la obligación contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio y en las condiciones de la póliza, toda vez que en la declaración de asegurabilidad tramitada por el señor Juan Gabriel López Romero se le pregunto “consumo de drogas estimulantes”, donde contestó negativamente (...)”.

[10] Folio 26, cuaderno 2.

[11] M.P. Jorge Arango Mejía.

[12] En esta sentencia expresamente se aclara que lo allí resuelto no implica un juicio sobre los contratos de medicina prepagada y con los que se derivan del Sistema de Seguridad Social.

[13] Folio 1, cuaderno 2.

[14] En la declaración de asegurabilidad se afirma por el señor López Romero, como se expondrá más adelante, que su ocupación u oficio es la de “chatarrero”.

[15] Folios 36 a 43, cuaderno 2.

[16] Folio 37, cuaderno 2.

[17] Folio 52, cuaderno 2.

[18] Folio 15, cuaderno 2.

[19] Folio 9, cuaderno 2.

[20] Folio 13, cuaderno 2.

[21] El seguro contratado se denomina “Sucapital Clásico”, el cual, al tiempo que permite generar un ahorro para fortalecer el patrimonio hacia el futuro, cubre varias contingencias vinculadas con la muerte accidental o violenta, enfermedades graves, invalidez, pérdida funcional y desmembración por accidente o enfermedad. Cada amparo tiene un valor asegurado distinto, para el caso de la muerte se trata de los 200 millones previamente referenciados.

[22] Folios 10 y 11, cuaderno 2.

[23] Folio 43, cuaderno principal.

[24] Folios 44 y 45, cuaderno principal.

[25] Folios 46 y 47, cuaderno principal.

[26] Folio 14, cuaderno 2.

[27] Folios 16 a 18, cuaderno 2.

[28] Folio 16, Cuaderno 2.

[29] Folio 20, Cuaderno 2.

[30] Folio 21, Cuaderno 2.

[31] Folios 22 y 23, Cuaderno 2.

[32] Folios 25 y 26, Cuaderno 2.

[33] Véase, al respecto, el acápite 1.1 sobre hechos relevantes.

[34] Folio 19, cuaderno 2.

[35] En el recibo aparece la dirección Cl 1 Kr 1 MZ X Casa 01, Urbanización El Paraíso; mientras en la declaración de asegurabilidad se dice que la residencia está ubicada en la Cr 27 # 20 a 17.

[36] Folio 102, cuaderno principal.

[37] Folio 102, cuaderno principal.

[38] Folio 20, cuaderno principal.

[39] El artículo 1158 del Código de Comercio dispone que: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 (...)”.

[40] Folio 29, cuaderno principal.

[41] Folio 29, cuaderno principal.

[42] Folio 31, cuaderno principal.

[43] Folio 44, cuaderno principal.

[44] Folio 44, cuaderno principal.

[46] Folios 49 a 65 y 69 a 91, cuaderno principal.

[47] Folio 82, cuaderno principal. Según la información que allí reposa el retiro se produjo el 18 de junio de 2013.

[48] Folio 89, cuaderno principal.

[49] Folios 66 a 68, cuaderno principal.

[50] Folios 105 y 106, cuaderno principal.

[51] Folio 115, Cuaderno principal.

[52] Folios 121 y 122, cuaderno principal.

[53] El artículo 86 de la Constitución Política establece que: “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección de sus derechos constitucionales fundamentales (...)”. Énfasis por fuera del texto original.

[54] “Artículo 10. Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos. // También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud. // También podrán ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales.” Énfasis por fuera del texto original.

[55] Folio 8, cuaderno 2.

[56] El artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 consagra las hipótesis de procedencia de la acción de tutela contra particulares.

[57] Al respecto, entre otras, se pueden consultar las Sentencias T-233 de 1994, T-457 de 1995, T-100 de 1997, T-1386 de 2000, T-143 de 2000, T-317 de 2001, T-874 de 2001 y T-163 de 2002, T-385 de 2002, T-595 de 2003, T-108 de 2005 y T-661 de 2008.

[58] Así, por ejemplo, el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo define a los servicios públicos como: “toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado directa o indirectamente, o por personas privadas”. Por su parte, el artículo 3 de la Ley 80 de 1993, reitera la misma definición al considerar a los servicios públicos como aquellos “que están destinados a satisfacer necesidades colectivas en forma general, permanente y continua, bajo la dirección, regulación y control del Estado, así como aquellos mediante los cuales el Estado busca preservar el orden y asegurar el cumplimiento de sus fines”. Por lo anterior, en la Sentencia T-215 de 2003, M.P. Álvaro Tafur Galvis, se explicó que: “en el marco de la Constitución vigente, bien puede afirmarse, que

no toda actividad de interés público es servicio público y (...) ha de estar sujeta necesariamente a las reglas del servicio público”. De esta manera, a manera de ilustración, el seguro obligatorio de accidentes de tránsito sí ha sido categorizado como servicio público, en razón de su alcance, objeto y cobertura. Al respecto, véase la Sentencia T-105 de 1996, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[59] El artículo 1072 del Código de Comercio dispone que: “Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

[60] Sentencia T-813 de 2012, M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

[61] Énfasis por fuera del texto original.

[62] <http://ruafsvr2.sispro.gov.co/>

[63] Folio 1, cuaderno 2.

[64] <https://www.sura.com/soluciones-personas/plan-sucapital-clasico.aspx>

[65] Precisamente, el artículo 86 dispone que: “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales (...)”. Énfasis por fuera del texto original.

[66] Sentencia T-279 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[67] Véanse, entre otras, las Sentencias T-336 de 2009, T-436 de 2009, T-785 de 2009, T-799 de 2009, T-130 de 2010 y T-136 de 2010.

[68] Sentencia T-723 de 2010, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

[69] M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[70] Véanse, además, las Sentencias T-179 de 2003, T-500 de 2002, T-135 de 2002, T-1062 de 2001, T-482 de 2001, SU-1052 de 2000, T-815 de 2000, T-418 de 2000, T-156 de 2000, T-716 de 1999, SU-086 de 1999, T-554 de 1998, T-384 de 1998 y T-287 de 1995.

[71] Sentencia T-225 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[72] Para determinar la configuración de un perjuicio irremediable, en criterio de este Tribunal, deben concurrir los siguientes elementos: (i) el perjuicio ha de ser inminente, esto es, que está por suceder; (ii) las medidas que se requieren para conjurarlo han de ser urgentes, tanto por brindar una solución adecuada frente a la proximidad del daño, como por armonizar con las particularidades del caso; (iii) el perjuicio debe ser grave, es decir, susceptible de generar un detrimento transcendente en el haber jurídico (moral o material) de una persona; y la (iv) respuesta requerida por vía judicial debe ser impostergable, o lo que es lo mismo, fundada en criterios de oportunidad y eficiencia a fin de evitar la consumación de un daño antijurídico irreparable. En desarrollo de lo expuesto, en la Sentencia T-747 de 2008, M.P. Clara Inés Vargas Hernández, se consideró que cuando el accionante pretende la protección transitoria de sus derechos fundamentales a través de la acción de tutela, tiene la carga de “presentar y sustentar los factores a partir de los cuales se configura el perjuicio irremediable, ya que la simple afirmación de su acaecimiento hipotético es insuficiente para justificar la procedencia la acción de tutela.”

[73] Véanse, entre otras, las sentencias T-106 de 1993 y T-100 de 1994.

[74] Sentencia T-705 de 2012, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

[75] Igual doctrina se encuentra en las sentencias T-203 de 1993, T-483 de 1993 y T-016 de 1995.

[76] Sentencia C-543 de 1992, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

[77] Sobre las vías adecuadas para dirimir las controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, en la Sentencia T-442 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez, la Sala Tercera de Revisión sostuvo lo siguiente: “los medios judiciales adecuados para tramitar las controversias que puedan originarse con ocasión de un contrato de seguros, son esencialmente los procesos declarativos que, en el contexto del Código General del Proceso, incluirían el verbal o el verbal sumario, según la cuantía (artículos 368 a 385, así como 390 a 394, y 398 del Código General del Proceso) o el proceso ejecutivo (artículo 422 ibídem) en los casos descritos en el artículo 1053 del Código de Comercio.” En igual sentido se refirió la Sentencia T-058 de 2016, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

[78] Sentencia T-557 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez. Énfasis por fuera del texto original.

[79] En el mismo sentido se pueden consultar, entre otras, las Sentencias T-751 de 2012, T-70 de 2013, T-007 de 2015.

[80] En la Sentencia T-902 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa, se explicó que: “El derecho fundamental al debido proceso (art. 29, C.P.), como lo ha entendido la Corte para los casos en los cuales se examina la actuación de una aseguradora, estipula que las determinaciones acerca de si se reconoce o no un derecho deben estar basadas en las condiciones previamente pactadas, sin desconocimiento del marco legal.”

[81] Para ahondar sobre los escenarios en los que la Corte ha concedido el amparo frente a este tipo de situaciones puede consultarse la Sentencia T-058 de 2016, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

[82] M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

[83] Sobre el particular se dijo que: “El razonamiento hecho por la aseguradora accionada, resulta absurdo en la medida en que se da efectos retroactivos a una situación que solo surgió y por ende se hizo exigible cuando se emitió el dictamen que declaró la invalidez. Razón por la cual, esta Sala considera que tener como fecha de la ocurrencia del siniestro la estructuración de la invalidez, contraría el principio de la buena fe, el cual debe estar presente dentro del contrato de seguro, pues en ese momento el señor Rodríguez Rueda no conocía de su estado de invalidez y, por tanto, no podía hacer exigible los derechos derivados del acaecimiento del riesgo amparado.”

[84] M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

[85] Sentencias T-490 de 2009, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-007 de 2015, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[86] Concretamente, en la Sentencia T-152 de 2006, M.P. Rodrigo Escobar Gil, se abordó el caso de una persona que había adquirido un seguro familiar de salud con las coberturas y exclusiones que figuraban en el contrato, y al que se le tenía que practicar cirugía de “Varicocele Izquierdo”. La aseguradora accionada respondió que el procedimiento no sería

autorizado, por cuanto dicha patología era preexistente al ingreso del asegurado y, por tanto, estaba excluida de la cobertura. En criterio de esta Corporación, no era factible que una aseguradora alegara preexistencias en esta clase de contratos, pues es ella quien tiene la posibilidad de conocer el verdadero estado de salud del asegurado.

[87] En el mismo sentido ver Sentencia T-570 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

[88] Subrayado por fuera del texto original.

[89] Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bonae fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

[91] Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

[92] La reticencia está contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio que, en su tenor literal, dispone: “Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. // Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. // Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará

obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. //Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.” Subrayado por fuera del texto original.

[93] El principio de la buena fe está consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política, en los siguientes términos: “Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas.” Igualmente, en materia comercial, dicho mandato de optimización se reitera en el artículo 871 del Código de Comercio, el cual dispone que: “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismo, según la ley, la costumbre o la equidad natural.”

[94] En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil se pronunció en Sentencia del 18 de octubre de 1995, Expediente No. 4640-1, al afirmar que: “(...) en efecto, en lo tocante al contrato de seguro el concepto de buena fe adquiere mayor severidad porque, a diferencia de muchos otros contratos en que la astucia o habilidad de las partes pueden llevarlas a obtener ciertas ventajas amparadas por la ley, en el contrato de seguro esta noción ostenta especial importancia, porque tanto en su formación como en su ejecución él se supedita a una serie de informaciones de las partes, que muchas veces no implican verificación previa. Generalmente estas manifestaciones en lo que respecta al tomador o asegurado las hace al solicitar el seguro, las que exige la ley deben hacerse con pulcritud, que sean verídicas y que no haya callado ni ocultado circunstancias que de conocerlas el asegurador, no habría consentido en el contrato, o habría consentido en él bajo otras condiciones.”

[95] Como ya se advirtió, esta consideración se expuso en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “Naturalmente, la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.

Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio. // Para la Corte Constitucional, es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe. // Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios.”

[96] Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[97] Código de Comercio, art. 1058.

[98] En palabras de la doctrina: “[c]ualquier desfase cualitativo y cuantitativo relevante (...) supondrá que las prístinas bases contractuales se alteren o menoscaben, con las consabidas consecuencias de carácter jurídico y patrimonial para el asegurador que, confiado en la veracidad y objetividad de lo declarado por el candidato a tomador a) finalmente determinó contratar, y b) mensuró, en tal virtud, el precio de la protección ofrecida, circunstancias que reclaman, en muestra de clara justicia contractual, la intromisión de un mecanismo correctivo del desequilibrio propiciado por la formulación de una declaración distorsionada, a su vez que sancionatorio de una práctica, acto o conducta contra legem, ajena al nombre y altruista deseo de todo ordenamiento consistente en que las actuaciones de los sujetos de derechos sean iuxta legem: la nulidad del negocio jurídico, mejor aún, su anulación.” JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio, Derecho de Seguros, Tomo II, Editorial Temis y Pontificia Universidad Javeriana, 2011, p. 668.

[99] Código de Comercio, art. 1058. La norma en cita dispone que: “Transcurrido dos años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del

seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad”

[100] Ibídem.

[101] Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[102] Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[103] Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. En este mismo sentido, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha señalado que: “(...) el tomador está compelido a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen a su hay error inculpable o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquél aporta.” Sentencia SC2803 del 4 de marzo de 2016. Radicado 05001-31-03-003-2008-00034-01, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

[104] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803 del 4 de marzo de 2016. Radicado 05001-31-03-003-2008-00034-01, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

[105] M.P. Hernando Herrera Vergara.

[106] M.P. Alejandro Martínez Caballero.

[107] Por ejemplo, en la Sentencia T-720 de 2013, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, la Sala Tercera de Revisión consideró que no había lugar a efectuar juicios valorativos sobre la buena o mala fe de la accionante al omitir declarar las enfermedades que padecía, en tanto éstas no tenían el porcentaje suficiente para ocasionar la invalidez de la accionante y las que verdaderamente la invalidaban eran inciertas.

[108] Sentencia T-393 de 2015, M.P. Myriam Ávila Roldan.

[109] Así se pronunció esta Corporación al declarar la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, con fundamento en un cargo que pretendía vincular la reticencia con la causa del siniestro. Sobre el particular, en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, en varios de sus apartes, este Tribunal manifestó que: “Como se deduce del acta

número 73 [referente a los antecedentes del Código de Comercio], para que la nulidad relativa pueda declararse (...) no hay necesidad de establecer relación alguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro". "En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico. // Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: 'Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato.'" (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).'. (...)". Sombreado por fuera del texto original.

[110] La norma en cita dispone que: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar".

[111] M.P. Jorge Arango Mejía.

[112] El caso se aborda a partir del citado derecho fundamental por la invocación que sobre el mismo se realiza en la demanda y por las condiciones particulares que fueron alegadas

en el trámite de la acción.

[113] Folios 41 y 41, cuaderno principal.

[114] Folios 8 y 15, cuaderno 2.

[115] Folios 29 a 31, cuaderno 2

[116]. Folios 49 y subsiguientes, cuaderno principal.

[117] Así las cosas, en la Sentencia T-571 de 2015, M.P. María Victoria Calle Correa se expuso que: “[Si] bien la tutela tiene como una de sus características la informalidad, esto no significa que el juez pueda sustraerse del deber que tiene de constatar la veracidad de las afirmaciones realizadas por las partes. La Corte ha señalado en reiterada jurisprudencia que la decisión judicial ‘no puede ser adoptada con base en el presentimiento, la imaginación o el deseo, sino que ha de obedecer a su certidumbre sobre si en efecto ha sido violado o está amenazado un derecho fundamental, si acontece lo contrario, o si en el caso particular es improcedente la tutela.’ // Las anteriores razones le permiten concluir a la Corte, que en el presente caso no es procedente la acción de tutela para ordenar el reconocimiento y pago de la prima técnica reclamada por los accionantes, por no cumplirse el requisito de subsidiariedad, toda vez que de la evaluación del caso concreto no hay afectación al mínimo vital, y no obra prueba en el expediente que sustente el derecho reclamado ni el trato discriminatorio alegado, por lo que hay razones más que suficientes para desestimar el amparo solicitado, pues en virtud del principio de subsidiariedad los actores cuentan con otros medios de defensa idóneos para reclamar la acreencia laboral pretendida.”

[118] M.P. Jorge Arango Mejía.

[119] Decreto 2467 de 2015, “Por el cual se reglamentan los aspectos de que tratan los artículos 3, 5, 6 y 8 de la Ley 30 de 1986”; y Ley 1787 de 2016, “Por medio del cual se reglamenta el Acto legislativo 02 de 2009”. En el artículo 1 de la ley en cita, se señala que: “Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto crear un marco regulatorio que permita el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis y sus derivados en el territorio nacional colombiano.”

[120] El inciso 5 del artículo 49 de la Constitución establece que: “El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto”.

[121] Sobre este punto se puede consultar la Sentencia T-1096 de 2012, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[122] Folio 20, cuaderno 2.

[123] Folio 1, cuaderno 2.

[124] Folios 111 a 117, cuaderno principal.

[125] Folio 102, cuaderno principal.

[126] La Corte ha señalado que todo trabajador es titular de una estabilidad laboral precaria, por virtud de la cual la terminación de una relación de trabajo depende del mutuo acuerdo o de la ocurrencia de una justa causa, so pena de tener que asumir el reconocimiento de una indemnización.

[127] Folio 15, cuaderno 2.

[128] Folio 19, cuaderno 2.

[129] Folio 45, cuaderno 2.

[130] Para el 2016 es de \$ 77.700 pesos.

[131] La Sala Tercera de Revisión confirma la providencia del 16 de febrero de 2016, en la cual se declaró la improcedencia del amparo.